

## Буллезный дактилит у больного лепрой

О.В. Дегтярев, О.А. Безрукавникова, М.А. Корнеева, З.Я. Ибадулаев

ФГБУ НИИ по изучению лепры Минздрава России, Астрахань

*Представлен клинический случай буллезного дактилита. Дан анализ литературы.*

**Ключевые слова:** буллезный дактилит, панариций, лепра

### BULLOUS DACTYLITIS IN A PATIENT WITH LEPROSY

*O.V.Degtyarev, O.A.Bezrukavnikova, M.A.Korneyeva, Z.Ya.Ibadulaev*

*A clinical case with bullous dactylitis is described and relevant publications are reviewed.*

**Key words:** bullous dactylitis, panaritium, leprosy

Дактилит, или панариций (сосискообразный палец), — флегмона подкожной клетчатки тыльной или ладонной поверхности пальца. В основе развития дактилита лежит теносиновит сгибателя, что приводит к диффузной отечности, болезненности и покраснению пальца. При этом суставы данного пальца могут быть не поражены. Впервые дактилит как изолированный симптом был описан у взрослых в 1977 г. K. de Ceulaeg и соавт. [1], в 1988 г. — у HLA-B27-позитивного ребенка [2], в 2002 г. A. Padula и соавт. [3] описали двух HLA-B27-позитивных пациентов пожилого возраста, у которых развился дактилит при отсутствии признаков серонегативных спондилоартритов. Данный симптом может быть как изолированным, так и сочетаться с энтезопатиями, олигоартритом или увеитом.

Наиболее широкое распространение получила анатомическая классификация дактилита, основанная на локализации патологического процесса в различных тканях пальца: кожный дактилит, околоногтевой, подногтевой, подкожный, костный, суставной, сухожильный, пандактилит (гнойное воспаление всех тканей пальца). При кожном (буллезном) дактилите гной скапливается под эпидермисом, отслаивая его и образуя на пальце гнойный пузырь; часто появляется лимфангит, припухают регионарные лимфатические узлы. В связи с толщиной и огрубелостью кожи в данной области гной не может быстро прорваться наружу, а строение клетчатки пальца способствует распространению процесса в глубину — на сухожильное влагалище, на кость или в сустав. Таким образом, запущенный подкожный дактилит — основная причина развития остальных форм глубокого дактилита. Тяжесть всех глубоких форм дактилита особенно увеличивается в связи с тем, что кожа пальца весьма неподатлива, и при опухании подлежащих тканей происходит сдавление питающих кровеносных сосудов, и быстро наступают некротические изменения. Признаки подкожного дактилита: сильные боли, незначительная вначале припухлость, наличие резкой болезненности сначала на небольшом участке (болевую точку выявляют при осторожном надавливании кончиком зонда). Боли усиливаются, лишают больного сна, увеличивается припухлость фаланги, вся она становится резко болезненной.

При сухожильном панариции — гнойном воспалении сухожильного влагалища пальца, гной быстро распространяется на ладонь и в область запястья, угрожая поражением всей кисти. С большого пальца процесс может перейти на мизинец и, наоборот, с мизинца — на 1-й палец, так как их сухожильные влагалища сообщаются (перекрестный панариций). Основной признак сухожильного панариция — полусогнутое положение пальца и резкая болезненность при попытке разгибания. Запущенный сухожильный панариций даже при успешном лечении ведет к контрактуре.

Костный панариций характеризуется остеомиелитом фаланги, поражение кости выявляют при рентгенологическом исследовании или разрезе. Лечение состоит в удалении пораженного

участка кости, а иногда и всей фаланги.

Суставной панариций (гнойный артрит межфалангового сустава) проявляется опуханием, неподвижностью, резкой болезненностью сустава.

Наиболее тяжелая (редкая) форма — лимфатический панариций, при котором гнойный очаг на месте микротравмы вообще не образуется, но сразу идет бурное распространение инфекции по лимфатическим путям пальца, кисти и предплечья, грозящее сепсисом. Признаки: отечность пальца и кисти, полосы лимфангита, тяжелое общее состояние больного (озноб, повышение температуры до 40°C и выше).

Диагноз дактилита устанавливают на основании данных анамнеза, осмотра, рентгенологических и других методов исследования. Важное значение определения локализации гнойного очага — пальпация пуговчатым зондом. Для каждой формы панариция характерна определенная зона максимальной болезненности. Кожный, околоногтевой, подногтевой панариций диагностируют на основании характерного расположения гнойного очага. Распространение патологического процесса на подкожную клетчатку при подкожном панариции удается выявить лишь во время операции. Диагноз суставного панариция подтверждают на операции по состоянию сухожилий, суставных поверхностей и окружающих тканей. Рентгенодиагностику панариция осуществляют методом рентгенографии в двух взаимно перпендикулярных проекциях.

Дифференциальный диагноз основывается на особенностях клинических проявлений отдельных видов панариция. Поражение пальцев возможно при рожистом воспалении, туберкулезе, актиномикозе, сибирской язве, сифилисе и др. [4].

Больной М., 1936 года рождения, находится на амбулаторном лечении в НИИ по изучению лепры с 1964 г. с диагнозом недифференцированного типа лепры. Периодически его госпитализировали в НИИ по изучению лепры по поводу сопутствующих заболеваний (1976 г. остеомиелит II пальца правой стопы и I пальца левой стопы; 2001 г. инфильтративный туберкулез легких в S<sub>VI</sub>; 2009 г. поликистоз печени). 21.04.10 поступил в институт на стационарное лечение с жалобами на головную боль, головокружение, слабость, отсутствие аппетита, наличие покраснения на тыле правой кисти. При поступлении в отделение общее состояние удовлетворительное. Волосы, ногти не изменены, периферические лимфатические узлы не увеличены. Кожный покров чистый, свободен от активных проявлений лепры. На правой стопе II и III пальцы синюшного цвета, IV—V пальцы отечные, гиперемированные. По наружной и внутренней поверхностям правой нижней конечности в области коленного сустава и большого вертела правого бедра имеются пролежни. На правой кисти мутиляция концевых фаланг II, III, IV и V пальцев. На коже тыльной поверхности пра-

Сведения об авторах:

Дегтярев О. В. — д-р мед. наук (niil@astmail.astranet.ru), Безрукавникова О. А. — врач; Корнеева М. А. — врач; Ибадулаев З. Я. — аспирант.



Буллезный дактилит у больного лепрой.

вой кисти отечно-гиперемированное пятно, размером до 3 см в диаметре. На этом фоне расположен поверхностный пузырь, заполненный серозным экссудатом, склонный к периферическому росту (см. рисунок).

Поставлены следующие диагнозы: лепра недифференциро-

ванного типа, стадия регресса; хроническая специфическая полиневропатия; хронический остеомиелит костей стоп; гангрена II—V пальцев правой кисти; трофические язвы нижних конечностей; пролежни на нижних конечностях; буллезный дактилит.

Проведено лечение: вскрытие пузыря, антибиотикотерапия, десенсибилизирующая терапия, адсорбенты, витамины; наружно — мази с содержанием антибиотиков.

Выписан с улучшением состояния, без признаков острого воспалительного процесса на коже. Настоящее наблюдение представляет собой интерес в виду редкости заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. de Ceulaer K., van der Linden J.M., Cats A. "Sausage-like" toes (dactylitis) and HLA-B27. J. Rheumatol. Suppl. 1977; 4 (suppl. 3): 66—9.
2. Siegel D.M., Baum J. HLA-B27 associated dactylitis in children. J. Rheumatol. 1998; 15(6): 976—7.
3. Padula A., Giasi V., Olivieri I. Elderly onset isolated B27 associated dactylitis. Ann. Rheum. Dis. 2002; 61(8): 759—60.
4. Бадюкин В.В. Псориагический артрит: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.

Поступила 18.04.12

## СИФИЛИС И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013  
УДК 616.973-078:312.6(571.52)

### Диагностика гонококковой инфекции в Красноярском крае

Е.Н. Анисимова<sup>2</sup>, Ю.Ю. Винник<sup>1</sup>, В.И. Прохоренков<sup>1</sup>, Г.И. Катцына<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии (зав. — проф. В.И. Прохоренков) ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; <sup>2</sup>КГБУЗ Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1 (главный врач Г.И. Катцына)

*Получены данные о заболеваемости гонококковой инфекцией в Красноярском крае. За 2011 г. зарегистрировано 1642 заболевших гонорей. Заболеваемость среди взрослого населения составила 56,7 на 100 000 населения, среди подростков — 1,2 на 100 000 населения. Наибольшее количество заболевших регистрировали в возрасте 20—29 лет. Кроме этого, проведен сравнительный анализ методов лабораторной диагностики гонококковой инфекции, применяемых в Красноярском краевом кожно-венерологическом диспансере.*

Ключевые слова: гонококковая инфекция, лабораторная диагностика гонорей

#### MODERN DIAGNOSIS OF GONOCOCCAL INFECTION AND INCIDENCE OF GONORRHEA IN THE KRASNOYARSK REGION

*E.N. Anisimova, Yu. Yu. Vinnik, V.I. Prokhorenkov, G.I. Katsyna*

*The incidence of gonococcal infection in the Krasnoyarsk region is discussed. A total of 1642 patients with gonorrhoea were recorded over 2011. The incidence was 56.7 per 100 000 in the adult population and 1.2 per 100 000 in adolescents. The disease was the most incident in subjects aged 20-29 years. A comparative analysis of methods for laboratory diagnosis of gonococcal infection, used at the Krasnoyarsk Territorial Center for Skin and Sexually Transmitted Diseases, was carried out.*

Key words: gonococcal infection, laboratory diagnosis of gonorrhoea

В Российской Федерации гонорея остается социально значимой инфекцией, что обусловлено ее широким распростране-

нием и неблагоприятным влиянием на репродуктивное здоровье населения [1, 2].

Сведения об авторах:

Анисимова Е.Н. — канд. мед. наук, доцент; Винник Юрий Юрьевич — докторант, канд. мед. наук, доц. (vinnik33@mail.ru); Прохоренков Виктор Иванович — д-р мед. наук, проф., Катцына Г.И. — главный врач.